Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
(Direktor: Geheimrat Professor Dr. Küstner.)

Küstner-Wolkowitschsche Operationsmethode zur Behandlung der Blasen-Genitalfisteln und ihre Erfolge.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Königl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Lew Dicker.

ACAD. LEOPOLDINA BIBL.

Breslau 1911.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Küstner.

Dem Andenken
meiner verstorbenen Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543115_0185

Die moderne operative Gynäkologie hat wohl eine reiche Fülle von Erfolgen bei den mannigfaltigsten Genitalleiden der Frau aufzuweisen. Bei einem dieser Leiden jedoch, das die Arbeitsfähigkeit nicht unerheblich beeinträchtigt und im täglichem Leben, besonders im gesellschaftlichen, sich recht peinlich bemerkbar macht und darum nicht minder qualvoll empfunden wird als ein stark schmerzhaftes Leiden, haben bis in die jüngste Zeit die Bestrebungen zu seiner operativen Heilung nur sehr unsichere Resultate gezeitigt. Es sind dies die Blasen-Genitalfisteln.

Schon die Mannigfaltigkeit der verschiedenen Operationsmethoden — fast jeder Operateur geht seinen eigenen Weg — läßt erkennen, daß keine einzige dieser Methoden in jedem Falle das geleistet hätte, was man sich von ihr versprach und so würde wieder jede Methode modifiziert, ohne indessen dadurch gebessert zu werden.

Dem Bedürfnis Rechnung tragend, einen Operationsmodus zu finden, der die meisten, wohl fast alle diese Fisteln auf eine möglichst einfache Weise zum dauernden Verschluß zu bringen vermag, ist von Küstner eine Methode angegeben worden, welche von ihm zuerst im Jahre 1902 in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht worden ist.

Es wurden dort 11 Fälle von Blasen-Genitalfisteln publiziert, die in der Breslauer Königlichen Universitäts-Frauenklinik nach dieser neuen Methode, der Methode „Küstner-Wolkowitsch“, von Küstner selbst sämtlich mit gutem Erfolge operiert wurden.

Rothe beschreibt im Jahre 1903 in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie weitere 8 Fälle aus derselben Klinik, die nach der gleichen Methode, ebenfalls mit vorzüglichem Resultate, operiert wurden.

1908 hat Kummer 12 Fälle von Blasen-Genitalfisteln mitgeteilt, die in der Küstnerschen Klinik auch nach dieser Methode ausnahmslos mit gutem Erfolge behandelt worden sind.

Zweck dieser Arbeit ist es, über weitere 18 Fälle von Blasen-Genitalfisteln zu berichten, die in der Breslauer Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1907 bis 1911 operiert wurden und alle, wie es sich aus den Krankengeschichten zeigt, mit gutem und dauerndem Resultate. Zunächst werde ich die Krankengeschichten dieser 18 Fälle wiedergeben und im Anschluß daran auf die Ätiologie dieses Leidens, auf die Details der Operation, die Vor- und Nachbehandlung, sowie auf die erreichten Erfolge näher eingehen.

Fall 1.

Jahrgang 1907/08. Journal-No. 316. Frau E. B. 22 Jahre alt aus Ziegelscheune. Aufnahme: 11. VII. 1907. Entlassung: 12. VIII. 1907. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 15 Jahren, regelmäßig, vierwöchentlich, 3 bis 4 Tage, nicht stark. Seit der letzten Entbindung noch keine Regel. Verheiratet seit 1 Jahre. Zweimal entbunden. Erster Partus im Februar 1906, spontan, zweiter schwerer, doch spontan, hat aber 2 Tage gedauert. Wochenbett fieberfrei. Letztes Wochenbett vor 5 Wochen. Erstes Kind nach 10 Monaten, zweites bei der Geburt gestorben. Keine Aborte. Patientin klagt seit 14 Tagen nach letztem Partus über ständigen, unwillkürlichen Harnabgang, dabei auch Schmerzen in der linken Unterleibsseite. Kein Fluor. Patientin ist am 9. Wochenbetttage aufgestanden, seitdem nicht bettlägerig gewesen.

Status praesens: Uterus anteflektiert; kurz vor der stark lazerierten portio ein für den Mittelfinger durchgängiger Defekt in der vorderen Vaginalwand, durch den man in die Blase gelangt. Adnexe: o. B. Alter Dammspalt. Lungen, Herz: o. B. Katheterurin nicht zu erhalten. Spontan gelassener Urin alkalisch, mit viel Phosphaten, mäßig Leukocyten und einzelne Plattenepithelien.

Therapie: Urotropin, Sitzbäder, Fachinger, Bismuthpulver.

Operation: 24. VII. 1907. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 20 Minuten. Äthernarkose. Die Fistel ist für einen Finger durchgängig, geht aber hart an die Portio heran. In der Portio nach vorn zu (nach der Fistel zu) ein Spalt. Anfrischung nach der Methode K.-W., für welche diese Fistel sehr geeignet ist. 8 Nähte sämtlich mit feinem Draht. Dauerkatheter. 25. VII. Allgemeinbefinden gut. Abdomen einwandfrei. Urinabfluß durch Dauerkatheter gesichert. Temperatur und Puls normal. 7. VIII. Dauerkatheter ab. Temperatur und Puls normal. 8. VIII. Patientin liegt trocken. In Zwischenräumen von $^1/_2$ Stunde tritt Urindrang ein.

Entlassungsbefund: Am 12. VIII. Blase kontinent. Patientin läßt zurzeit alle $^1/_2$ Stunden Urin. Uterus liegt anteflektiert, vor der lazerierten Portio eine glatte Narbe. Heilung p. p.

Fall 2.

Jahrgang 1907/08. Journal-No. 557. Frau N. K. 24 Jahre alt aus Opatow. Aufnahme: 19. VIII. 1907. Entlassung: 4. XII. 1907. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis permagna. Anamnese: Erste Regel mit 18 Jahren, regelmäßig, vierwöchentlich, immer mit Schmerzen im Leibe. Seit der letzten Geburt Amenorrhoe. Verheiratet seit 3 Jahren. Zwei Entbindungen spontan. Letzte Ostern 1907. Letztes Wochenbett fieberhaft. Beide Kinder tot geboren in Kopflage. Nach der ersten Geburt keine Urinstörung. Patientin klagt seit der letzten Geburt, die 3 Tage dauerte und spontan verlief, über incontinentia urinae und über Schmerzen im Leibe. Stuhlgang angehalten. Kein Ausfluß. Cohabitatio schmerzhaft. Patientin fühlt sich nicht schwanger.

Status praesens: Uterus retroflektiert, sinistroponiert, jedenfalls nicht deutlich herauszutasten. Portio klein, im hintern Beckenhalbring nach links gelegen. An der vorderen Vaginalwand ein über Fünfmarkstückgroßer Defekt, aus welchem ein Teil der vorderen Blasenwand hervortritt. Mäßig starkes Ekzem der äußeren Genitalien. Lungen, Herz: o. B. Urin: Alb. — Sacch. —

Therapie: Sitzbäder, Urotropin, Fachinger, Bismuthpulver.

Operation: 22. VIII. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 1 Stunde. Äthernarkose. Ungewöhnlich große Blasen-Scheidenfistel bis an die atrophische Portio reichend und etwa 4 cm über der Urethralöffnung endend. Es fehlt also das gesamte Vesico-vaginalseptum, auch ist die Fistel sehr breit. Die seitlichen Ränder sind an den absteigenden Schambeinästen nicht

zu verschieben, die Anfrischung gelingt, soweit es sich um Abtrennung des Uterus handelt, leicht. Hingegen ist sie schwer und hält sich zuerst eng an der Blasen-Scheidengrenze. Da diese Anfrischung also im Bereiche des unteren Fistelrandes nicht verläßlich genug erscheint, so wird und zwar wieder durch Spaltung eine zweite Anfrischung unterhalb der ersten gemacht, weil hier das Operieren bequemer ist. Die erstgedachte Anfrischung kommt also jetzt in die Blase zu liegen. Ebenso wie ja sonst nicht selten eine Zone Scheidenschleimhaut bei dieser Methode in die Blase hinein inplantiert wird. 10 Nähte, von denen eine im rechten Wundwinkel halb abbrach. 5. IX. Geheimrat Küstner. Entfernung der 5 zunächst liegenden Nähte. Die Fistelränder bleiben trotz Entfernung einander genähert. Es besteht vorläufig noch vollständige Unklarheit, ob Heilung erfolgt ist. Es wird ein Dauerkatheter eingelegt. 10. IX. Dauerkatheter entfernt. Patientin kann angeblich Urin halten; doch Unterlage feucht. 11. IX. Patientin aufgestanden. Es erweist sich nunmehr, daß Urin ständig abläuft. Befinden gut. 16. IX. Gestern abend plötzlicher Temperaturanstieg bis 39,2 ° C., dabei Schmerzen in der rechten Nierengegend. Urin unklar. Urotropin, Fachinger. Heute Befinden gut. Temperatur 37,8 ° C. Abends 38,0 ° C. 19. IX. Temperatur morgens 39,0 ° C. Abends 40,7 ° C. Blasenspülung, wobei sich erweist, daß das eingeführte Argent.-nitric-Lösung durch die Fistel abfließt. 24. IX. Morgens Temperaturen in den vorigen Tagen kaum erhöht. Abends Aufstieg bis 39,8 ° C. Katheterurin trübe, leichte Opaleszenz. Keine Zylinder, zahlreiche Leukocyten. Druckempfindlichkeit in der rechten Nierengegend. 3. X. Temperatur normal. Befinden gut. Urin klar. 20. X. Befinden gut. Temperatur normal. Urin klar.

Operation: 5. XI. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 35 Minuten. Äthernarkose. Es besteht eine kleine für eine 7 mm Sonde durchgängige Fistel, genau in der Mitte der quer verlaufenden Narbe, sonst keine Fistel. Ein Muttermund ist nirgends zu entdecken; dieser muß hinter der Fistel liegen. Die Exploration per rectum ergibt den Uterus retrovertiert, klein. Auch nach Feststellung dieses Befundes gelingt es nicht hinter der Fistel den Muttermund zu finden. Ehe daher weitere Umständlichkeiten veranlaßt werden, wird beschlossen, die Fistel einfach zu schließen. Dann mündet der Uterus in die Blase und die Frau menstruiert durch die Blase. Anfrischung durch Spaltung. Quernaht. 4 Drahtnähte, Blasendrainage mit Stoeckelschen Troicart. Liegt gut. Mutmaßlich ist seinerzeit

der Fistelverschluß nicht gelungen, weil die Nahtlinie dem äußeren Muttermund gerade gegenüberlag. 5. XI. Im Verlauf des Vormittags Unterlage feucht. Wohlbefinden. 21. XI. 4 Drahtnähte entfernt. Heilung p. p. Stoeckelsche Drainage wird nicht entfernt. 23. XI. Liegt trocken. Drainage entfernt. Fistel geschlossen. Patientin ist im Liegen und Stehen kontinent.

Fall 3.

Jahrgang 1907/08. Journal-No. 703. Frau M. K. 30 Jahre alt aus Pachwitz. Aufnahme: 10. I. 1908. Entlassung: 2. II. 1908. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 18 Jahren, regelmäßig, o. B. Letzte Regel Mitte Februar 1907. Die Regel ist seit letztem Partus (10. XI. 1907) noch nicht aufgetreten. Verheiratet seit 5 Jahren. 4 Entbindungen, davon 3 mit ärztlicher Hilfe, Zange. Wochenbett stets fieberfrei. Letzter Partus am 10. XI. 1907 dauerte von Freitag abend bis Sonntag früh. 2 Kinder leben, sind gesund, 1 Kind tot geboren, 1 Kind 2 Tage post partum tot. Etwa 8 Tage nach der letzten Entbindung, die 2 Tage dauerte und mit spontaner Geburt eines toten Kindes endigte, bemerkte die Patientin, daß der Urin unwillkürlich aus der Scheide abläuft. Seit einigen Tagen kann Patientin angeblich das Wasser besser halten. Beschwerden will sie niemals gehabt haben. Kein Ausfluß. Appetit gut. Stuhlgang regelmäßig.

Status praesens: Ziemlich große Person mit ausgesprochenem Hängebauch und rhachitischem Rosenkranz. Umgebung der Vulva gerötet, aus der Scheide fließt klarer Urin ab. Scheide 6—7 cm lang und endigt narbig besonders links. Rechts eine Andeutung von Portio. In der Blase 40—50 cm trüben Urins; bei Füllen der Blase mit Milch entleert sich aus einer, für Sonde 4 durchgängigen Vesico-Vaginalfistel deutlich Milch. Uterus klein, in Mittelstellung. Adnexe nicht gestattet. Herz, Lungen: o. B. Urin: Trübe, Spuren Alb., Sacch. —, viele Leukocyten, keine Zylinder.

Therapie: Sitzbäder, Urotropin, Fachinger, Bismuthpulver.

Operation: Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: $^1/_2$ Stunde Äthernarkose. In der Vagina eine halbmondförmige, das linke Scheidengewölbe verdrängende Falte, auf der ein senkrecht zustehender, narbiger, wenig prominenter, aus harten Gewebe bestehender Lappen, welcher der Rest einer portio-vaginalis zu sein scheint, steht. Nach vorn davon eine 3 mm große Fistel, durch Kontakt als solche zu erweisen. Rechts nach hinten von dieser im narbigen Gewebe ein, eben-

falls 3 mm großes Loch, in den Uterus führend. Die kleine Fistel wird nach der üblichen Methode umschnitten und mit 6 Suturen vereinigt. 13. I. Geringer Husten, hinten, unten spärliche bronchitische Geräusche. Kein Fieber, keinerlei Beschwerden. Mixtura Solvens. 14. I. Husten fast verschwunden, Geräusche spärlich. 15. I. Zunge feucht. Abdomen o. B. Puls regelmäßig, kräftig. Vorlage wenig feucht. Uriniert spontan. 16. I. Puls regelmäßig. Abdomen o. B. Vorlage fast trocken. 17. I. Schmerzen beim Atmen. Über beiden Lungen hinten bronchitisches Atmen. Harn trüb. Urotropin, Fachinger, Bauch-Prießnitz. Infus. Ipecacuan. 18. I. Flatus ab. Schmerzen geringer; weichlich schleimige Expektoration. 22. I. Expektoration geringer. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. 29. I. Fäden gezogen. Heilung p. p. 31. I. Patientin hat keinerlei Beschwerden, läßt spontan Urin. Urin ist klar.

2. II. Entlassungsbefund: Der Fistelöffnung entsprechend eine 1—$1^1/_2$ cm lange Narbe, die zirkulär verläuft. Im übrigen Genitalbefund wie bei der Aufnahme. Patientin ist vollständig kontinent.

Fall 4.

Jahrgang 1907/08. Journal-No. 762. Fräulein E. J. 21 Jahre alt aus Lüben. Aufnahme: 4. II. 1908. Entlassung: 28. II. 1908. Diagnose: Fistula vesico-cervicalis. Anamnese: Erste Regel mit 18 Jahren, regelmäßig 3—4 Tage, o. B. Seit Partus noch keine Regel. Ein Partus am 11. XI. 07. Kind wurde lebend perforiert und extrahiert, da Geburt nicht spontan erfolgte. Dauer der Geburt fast $1^1/_2$ Tag. Wochenbett nicht fieberhaft. Bald nach der Geburt bemerkte Patientin, daß der Urin spontan aus der Scheide herausfließt. Zurzeit kann Patientin nur geringe Mengen Urins halten. Bei starker Blasenfüllung läuft es aus der Scheide heraus. Im Sitzen etwas kontinent. Kein Ausfluß. Appetit: gut. Stuhlgang: regelmäßig.

Status praesens: Ekzem an den Innenseiten der beiden Oberschenkel und an den äußeren Genitalien. Aus der Vagina fließt Urin. Uterus normal groß, anteflektiert. Adnexe: o. B. Herz, Lungen: o. B. Urin: trübe. Cystitis. Bei Füllung der Blase mit Milch fließt aus dem Scheidengewölbe ebenfalls Milch heraus.

Therapie: Urotropin, Blasenspülung, Fachinger, Bismuthpulver.

Operation: 8. II. 08. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 20 Minuten. Äthernarkose. In der Narkose erweist sich, daß eine Blasenfistel, sicher keine Ureterfistel vorliegt. Die Fistel

mündet ganz hoch oben in den Cervixkanal und zwar nicht in den rechtsseitigen Spalt, sondern in eine isolierte Öffnung. Es mag die Höhe der Fistel die des inneren Muttermundes sein, sicherlich nicht niedriger. Nachdem diese Verhältnisse bekannt sind, wird ein Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe gemacht, welcher die Portio samt dem Spalt umkreist und bis zum hinteren Scheidengewölbe reicht. Abschiebung der Blase teils stumpf, teils scharf. Man kommt bis zur Fistel. Diese liegt tatsächlich so hoch, wie taxiert. Die Verhältnisse sind wenig übersichtlich, da der Uterus sich wenig herabziehen läßt. Es ist sehr schwierig, die Blase im Bereich des oberen Fistelrandes von der Cervix abzuschieben, doch immerhin gelingt es bis zu einer respektablen Höhe. Nachdem dies geschehen, überzeugt man sich, das die Brücke, welche das Cervixloch von dem Cervixspalt abtrennt, schmal ist; sie wird durchschnitten. Auf diese Weise kommt der cervikale Teil der Fistel in Wegfall, wogegen der vesikale selbstverständlich bestehen bleibt. Alsdann wird der so gewonnene Rand der Portiospalte angenäht durch Nähte, die zum Teil die Tiefe mitfassen. Auf diese Weise wird die Cervico-Vaginalwand, welche jetzt keine Fistel mehr behält, über die Blasenfistel vereinigt. Das Ergebnis ist, daß der Cervixspalt noch erheblich größer ist, als er war, es geht bis zur alten Fistel. Die Fistel muß aber geschlossen sein. Sehr störend bei der Operation war die Blutung aus kleinen Arterien, welche nur durch provisorisches Ankneifen gestillt werden konnte. Die Wunde war schließlich so groß, daß 15 Nähte eben zum Schluß genügten. Nach Einspülung von Flüssigkeit in die Blase erscheint diese nicht völlig dicht. Eine geringe Menge läuft aus der Gegend der Fistel aus. Nichtsdestoweniger läßt man es dabei bewenden, weil die Durchführung des Prinzips so gut zum Ausdruck kam, daß man auf Heilung hoffen kann. Dauerkatheter. 8. II. Zunge feucht, Puls gut. Abdomen o. B. Urin blutig. Liegt trocken. 10. II. Vollständig trocken. 12. II. Keine Beschwerden. Trocken. 15. II. Liegt trocken. 22. II. Urin leicht getrübt. Trocken. 25. II. Fäden gezogen. Heilung p. p. 26. II. Dauerkatheter entfernt. Uriniert spontan. Hält Urin einige Stunden.

28. II. Entlassungsbefund: Fistel geschlossen. Kontinenz. Bis jetzt noch keine Menstruation.

Fall 5.

Jahrgang 1908/09. Journal - No. 114. Fräulein J. P. 20 Jahre alt aus Engelmühle. Aufnahme: 5. V. 08. Entlassung: 28. V. 08. Diagnose: Fistula vesico - vaginalis.

Anamnese: Erste Regel mit 17 Jahren immer regelmäßig, vierwöchentlich 4—5 Tage, sehr stark, jedoch ohne Beschwerden. Nicht verheiratet. Entbindung spontan, dauerte 3 Tage. Wochenbett fieberfrei. Kind tot geboren, am 1. IV. 08. 14 Tage nach der Entbindung bemerkte Patientin, daß der Urin unwillkürlich abgeht. Kein Fluor. Stuhlgang regelmäßig. Appetit gut.

Status praesens: Uterus anteflektiert. Adnexe: o. B. In der vorderen Vaginalwand, $1^1/_2$ cm hinter dem Introitus ein linsengroßer Schleimhautdefekt. Die eine in die Urethra und die andere in die Fistel eingeführte Sonde ergeben einen deutlichen Metallkontakt. Herz, Lungen: o. B. Urin: frei von Alb. und Sacch.

Therapie: Sitzbäder, Urotropin, Fachinger, Bismuthpulver.

Operation: 9. V. Operateur: Oberarzt Hannes. Dauer: 20 Minuten. Äthernarkose. Fistel liegt unmittelbar in der Mitte vor der vorderen Muttermundslippe, also typisch für Anfrischung nach der K.-W. Methode. Die Fistel ist für Sonde 4 gerade durchgängig. Es wird die Portio vorn umschnitten, die vordere Scheidenwand abgeschoben und in typischer Weise die Fistel vernäht. 8 Nähte. Blase isoliert, nicht genäht.

28. V. Entlassungsbefund; cystoskopisch: In der Blase noch mehrfache Entzündungserscheinungen, infolgedessen genaueres nicht zu sehen. Urin wird 4—5 Stunden gehalten. Kontinenz.

Fall 6.

Jahrgang 1908/09. Journal-No. 339. Frau N. C. 37 Jahre alt aus Jesowa. Aufnahme: 24. VII. 08. Entlassung: 18. VIII. 08. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis permagna. Anamnese: Erste Regel mit 16 Jahren, regelmäßig, vierwöchentlich 3—4 Tage, mittelstark ohne Beschwerden. Verheiratet seit 11 Jahren. Hatte 8 spontane Partus; letzte Geburt vor 3 Wochen, dauerte 2 Tage. Wochenbett fieberfrei. 2 Kinder leben, letztes tot geboren. Keine Aborte. Patientin konnte gleich nach der letzten Geburt den Urin nicht halten, die Geburt verlief spontan, das Kind hatte angeblich einen Wasserkopf. Appetit gut. Stuhlgang angehalten.

Status praesens: Uterus anteflektiert, vergrößert, weich. Etwa 3 cm hinter der Urethralmündung findet sich ein reichlich talergroßer Defekt der vorderen Vaginalwand, durch den man in die mit vielen gangränösen Fetzen bekleidete Blase gelangt. Herz, Lungen: o. B.

Therapie: Urotropin, Sitzbäder, Fachinger, Bismuthpulver.

Operation: 29. VII. 08. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: $^1/_2$ Stunde. Äthernarkose. Fistel vom Ende der Urethra bis zur Portio reichend, läßt 2 Finger soeben passieren. Der Patientin zu Gefallen schon jetzt nach 3 Wochen Operation. Es wird wie gewöhnlich die Erfahrung gemacht, daß das Gewebe so zerreißbar ist, daß eine annähernde befriedigende Operation unmöglich ist. Überall, wo Hakenzangen eingesetzt werden, reißt das Gewebe durch, so daß die Operation unbefriedigend ist. Schließlich im Sinne der K.-W. Methode angefrischt. 7 Nähte. Auch ist die Blase dicht. Dauerkatheter. 12. VIII. Vollkommen ungestörte Rekonvaleszenz. Die Fäden werden gezogen. Heilung p. p. Vollkommene Kontinenz. 13. VIII. Entfernung des Katheters. Patientin läßt spontan Urin. Keine Beschwerden.

18. VIII. Entlassungsbefund: Uterus klein, retrovertiert vorderes Scheidengewölbe ganz flach. Wunde überall per primam fest verheilt.

Fall 7.

Jahrgang 1908/09. Journal-No. 386. Frau J. K. 34 Jahre alt aus Lubiza (Russ. Polen). Aufnahme: 19. VII. 08. Entlassung: 1. IX. 08. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 20 Jahren, vierwöchentlich, 3—4 Tage, wenig Schmerzen im Kreuz. 6 Entbindungen, dabei einmal Zwillinge, 5 Partus spontan. Letzter Partus vor 11 Wochen mit ärztlicher Hilfe. Nach 12stündigem Kreisen (Wendung?) Kind tot. 2 Kinder leben. 5 Tage nach der letzten Entbindung bemerkte Patientin, daß der Urin unwillkürlich abgeht. Stuhlgang angehalten. Kein Ausfluß.

Status praesens: Bis zum Sphincter ani reichender Dammdefekt. Portio stark lazeriert. In der Mitte des vorderen Scheidengewölbes ein für die Fingerkuppe des kleinen Fingers durchgängiges Loch. Mit einer dicken Sonde kommt man bequem durch dasselbe in die Blase. Uterus anteflektiert. Adnexe: o. B. Lungen, Herz: o. B. Urin: sauer, frei von Alb. und Sacch.

Therapie: Sitzbäder, Fachinger, Bismuthpulver.

Operation: 28. VII. 08. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 20 Minuten. Äthernarkose. Hochgradig lazerierte portio-vaginalis. Sie sieht fast aus, als ob sie amputiert wäre. Schnitt von der vermeintlichen vorderen Muttermundslippe halbmondförmig; ein zweiter halbmondförmiger Schnitt unterhalb der Fistel. Sehr breite Spaltung des Vaginalseptums.

Außerdem Abpräparieren mit der Schere von denjenigen Scheidenwandpartieen, welche von den beiden Schnitten umschlossen werden. 5 Drahtnähte (3 feine, 2 starke). Dauerkatheter: 27. VII. Temperatur immer normal. Liegt trocken. Katheter entfernt, weil verstopft. Patientin klagt über Husten, kein Lungenbefund. Fachinger, Mixtura Solvens. 6. VIII. Puls und Temperatur stets normal. Fäden gezogen. Heilung p. p. 7. VIII. Dauerkatheter ab. Urinentleerung durch Katheter, da Patientin nicht spontan Urin entleeren kann. Urotropin. 9. VIII. Heute nachmittag Schüttelfrost. Temperaturaufstieg auf 40,2 ° C. An den Lungen r. h. u. Dämpfung und Giemen. Nierengegend nicht schmerzhaft. Eitriges Urinsediment. Brust-Prießnitz. 10. VIII. Temperatur 40,6 ° C. Puls 112. Im Urinsediment zahlreiche Leukocyten, wenig Erythrocyten und einige runde Epithelien mit großem Kern. Reaktion: schwachsauer; Urinentleerung teils spontan, teils durch Katheter. Digitalis. 11. VIII. Temperatur 37,8. Puls 112. Schmerzen im linken Hypogastrium. Kein Husten. Aspirin. 12. VIII. Entfieberung. Vesikuläres Atmen mit spärlichem bronchitischen Geräuschen. Keine Dämpfung. 23. VIII. Temperatur normal. Puls 74. Digitalis ab. 14. VIII. Urinentleerung spontan. 18. VIII. Seit vorgestern wieder remittierendes Fieber. Kopfschmerzen. Abdomen: o. B. Temperatur 40,0. Urin noch trübe. Kein Schüttelfrost. Urinentleerung spontan. 20. VIII. Fieber hält an. Kopfschmerz. Pyramidon. 21. VIII. Fieber hält an. Heute abend 39,2. Blasenspülung. 23. VIII. Normale Temperatur. Wohlbefinden. 27. VIII. Wohlbefinden. Normale Temperatur. Stuhl diarrhoeisch. 29. VIII. Wohlbefinden. Stuhl konsistent. Patientin steht auf.

1. IX. Entlassungsgrund: Vor der stark lazerierten Portio an der vorderen Vaginalwand eine quer verlaufende $1^1/_2$—2 cm lange Narbe. Continent. Cystoskopisch: Noch viel Entzündung in der Blase. Unmittelbar hinter dem Sphincter und unmittelbar bis zum r. Ureter hinüberreichend eine dreieckige in einer Vertiefung gelegene mit erhöhten entzündlich infiltrierten Rändern umgebenen Narbe.

Fall 8.

Jahrgang 1908/09. Journal-No. 427. Frau A. G. 46 Jahre alt aus Goczalkowitz. Aufnahme: 31. VIII. 08. Entlassung: 29. IX. 08. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 17 Jahren, regelmäßig je vier Wochen, schmerzlos. Verheiratet seit 25 Jahren. 12 spontane Entbindungen. Letzte und vorletzte Geburt 3—4 Stunden ge-

dauert. Alle Kinder sehr groß. Die letzten sollen 13 und 9 Pfund gewogen haben. 7 Kinder leben. Vor 3 Jahren mit Erfolg operierte Blasenscheidenfistel (nicht in hiesiger Klinik). Im Juni Geburt eines ausgetragenen Kindes. Gleich nach der Geburt wieder Inkontinenz, Blasenscheidenfistel, die angeblich 4 Wochen post partum wieder operiert wurde (auch nicht hier), diesmal aber keine Heilung. Kein Ausfluß. Stuhlgang angehalten.

Status praesens: Uterus anteflektiert. $^1/_2$ cm unterhalb der Portio findet sich ein für 2 Finger durchgängiger Defekt der vorderen Vaginalwand, durch den man in die Blase gelangt. Totaler Dammspalt l. von der Columna. Geringe Ödeme an den Unterschenkeln. Lungen, Herz: o. B.

Therapie: Sitzbäder, Fachinger, Bismuthpulver, Urotropin. 5. IX. Husten. Hinten überall feuchte und trockene bronchitische Geräusche. Mixtura Solvens. Zweistündig 1 Eßlöffel. 8. IX. Lungenbefund: derselbe.

Operation: 9. IX. 08. Operateur: Oberarzt Hannes. Dauer: 20 Minuten. Äthernarkose. Unmittelbar vor der Portio gelegen Blasenscheidefistel von $2^1/_2$ cm Durchmesser. Bequeme typische Operation nach der K.-W. Methode. Das isolierte präcervicale Gewebe wird mit drei Catgutnähten geschlossen ohne die Blasenwand zu fassen; darauf 6 Drahtnähte (5 stark, 1 fein). Nach der Operation völlige Continentia. Absolut einwandfreier Verlauf. Reichliche Urinsekretion. Stets trocken. T. normal. Allgemeinbefinden ungestört. 23. IX. Fäden gezogen. Heilung p. p. Kontinent. Urin reichlich, klar.

29. IX. Entlassungsbefund: Der kleine Uterus liegt retroflektiert — vertiert, mobil, jedoch nicht ganz aufrichtbar. Im vorderen Scheidengewölbe eine querverlaufende, feste Narbe. Blasenkapazität: normal.

Fall 9.

Jahrgang 1908/09. Journal-No. 452. Frau A. R. 47 Jahre alt aus Morchwitz bei Neumarkt. Aufnahme: 21. IX. 08. Entlassung: 11. X. 08. Diagnose: Fistula vesicovaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 18 Jahren. O. B. Letzte Regel Juli 05, seit dem letzten Partus keine Regel. 10 Partus. Stets sehr schwer, beim letzten Partus Perforation und Extraktion. 7 Kinder leben. Letzter Partus 15. IV. 05. Letztes Wochenbett fieberhaft. Nach letztem Partus 05 bemerkte Patientin, daß der Urin willkürlich abging. Kein Ausfluß. Appetit o. B., Stuhlgang o. B.

Status praesens: Geringes Ekzem an beiden Oberschenkeln. Alter Dammspalt l. von der Columna. Geringer Descensus der hinteren Vaginalwand l. von der Portio eine für Sonde 2 durchgängige Blasenscheidenfistel, aus der permanent Urin ausfließt. Herz, Lungen, Urin: o. B.

Therapie: Sitzbäder, Urotropin, Bismuthpulver, Fachinger.

Operation: 24. IX. 08. Operateur: Oberarzt Hannes. Dauer: 25 Minuten. Für Sonde 3—4 durchgängige Fistel im vorderen Scheidengewölbe l. von der lazerierten Portio. Operation nach Küstner-Wolkowitsch. Sehr viel Narbengewebe, so daß die Mobilisation der Fistel, wenn sie auch klein, doch nicht einfach ist. 8 Dratnähte. Nach der Operation Kontinenz. Dauerkatheter. Patientin liegt trocken. 26. IX. T. 36,8. P. 76. Patientin liegt trocken. Urotropin, Fachinger. 7. X. Patientin andauernd trocken, entleert durch Verweilkatheter 300—400 ccm minimal getrübten Urin, Fäden gezogen. Heilung p. p. 8. X. Dauerkatheter entfernt, Patientin hält mehrere Stunden Urin und entleert ihn spontan.

11. X. Entlassungsbefund: Querverlaufende etwa 3 cm lange, feste Narbe im vorderen Scheidengewölbe. Uterus retrovertiert, flektiert. Cervix an der Narbe adhärent. Keinerlei Beschwerden. Die Frau hält Urin 3—4 Stunden.

Fall 10.

Jahrgang 1908/09. Journal-No. 511. Frau M. B. 19 Jahre alt aus Wohlau. Aufnahme: 16. X. 08. Entlassung: 14. XI. 08. Diagnose: Fistula vesico-cervicalis. Anamnese: Erste Regel mit 14 Jahren, regelmäßig. Letzte Regel vor 8 Tagen, 3—4 Tagen o. B. Verheiratet seit einem halben Jahr. 2 Entbindungen. Erster Partus spontan vor $1^1/_2$ Jahr. Zweiter Partus Juli 08. Zange. Kind bald nach der Entbindung gestorben. Erster Partus hat 3 Tage gedauert. Das Kind hat nur 1 Stunde gelebt, klein. Zweiter Partus Juli 08. Hat 5 Tage gedauert, durch Perforation beendet, seitdem bemerkt Patientin unwillkürlichen Abgang von Urin. Appetit: o. B. Wochenbett: o. B. Stuhlgang: regelmäßig.

Status praesens: Kleiner anteflektierter Uterus. Adnexe: o. B. In der Mitte des vorderen Scheidengewölbes, direkt der Cervix anliegend, eine für Sonde 3—4 durchgängige Fistel. Ständiger Harnabgang. Diagonalis: $8^1/_2$—9. Herz, Lungen: o. B. Urin: etwas trübe, Sacch. — Alb. —

Therapie: Sitzbäder, Blasenspülung, Urotropin, Fachinger.

Operation: 27. X. 08. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 15 Minuten. Äthernarkose. Die Fistel geht durch

den untersten Teil des Halskanales, mündet in diesen mit einem Loch, welches die 5 mm Sonde gut hindurchläßt, wohl auch dickere Sonden. Abtrennen der Blase von den noch stehenden Resten des Cervicalkanals. Bei der Anfrischung nach der K.-W. Methode quere Vereinigung durch 7 feine Drahtnähte. Dauerkatheter. 28. X. Allgemeines Befinden nicht beeinträchtigt. Temperatur überschreitet nicht 37,0 ° C. Urin: noch etwas hämorrhagisch. Urotropin. Fachinger. Patientin liegt vollkommen trocken. 31. X. Katheter ist leicht verstopft, der Urin ziemlich stark trübe, blutig gefärbt. Patientin hat seit gestern die Regel. 1. XI. Morgens $^1/_2 5$ hat die Patientin durch das Herumwerfen den Katheter herausgerissen; nicht unerhebliche Blutung anscheinend aus der Blase. Urin hämorrhagisch, große Mengen. Fachinger. 9. XI. Absolut glatter Verlauf. Patientin liegt dauernd trocken. Fäden gezogen. Heilung p. p. Katheter noch 24 Stunden eingelegt. 11. XI. Katheter seit 2 Tagen entfernt. Patientin liegt trocken. Urin kann mehrere Stunden angehalten werden. Ist fast ganz klar. Vorsichtige Blasenspülung.

14. XI. Entlassungsbefund: Keinerlei Beschwerden. Urin kann 4—5 Stunden gehalten und spontan entleert werden. Uterus anteflektiert, vertiert, dexstroponiert, vollkommen beweglich. Im vorderen Scheidengewölbe eine 5 cm lange derbe quer laufende Narbe; dicht dahinter die vordere zerfetzte Muttermundslippe und der Eingang zum Cervicalkanal. Patientin ist völlig continent.

Fall 11.

Jahrgang 1909/10. Journal - No. 10. Frau M. P. 40 Jahre alt aus Bremiaczice (Russ. - Polen). Aufnahme: 11. III. 09. Entlassung: 8. IV. 09. Diagnose: Fistula vesicovaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 14 Jahren, regelmäßig o. B. Seit dem Partus keine Menses. Verheiratet seit 16 Jahren. 9 Partus, 4 Kinder leben. Letzter Partus am 3. XII. 08. — Zange. Kind tot. Die Geburt dauerte 3 Tage. Dammriß nicht genäht. Bald nach der Geburt ging Urin spontan ab. Patientin kann den Stuhlgang halten, Wasser aber nicht. Appetit: o. B.

Status praesens: Alter Dammspalt bis ans Rectum reichend. Ausgedehntes Ekzem rings um die Vulva. Uterus klein, anteflektiert mobil. Rechts hinten im Scheidengewölbe ein fingerkuppentiefer Recessus. Die Portio ist stark zerfetzt, namentlich die vordere Muttermundslippe. Vorn am Übergang vom vorderen Scheidengewölbe und der Cervix kommt der

Finger bequem in die Blase. Ständiger Urinabgang. Herz o. B. Lungen: Bronchitisch, spärliche Geräusche. Urin: kein Zucker, Eiweiß positiv. Cystisch.

Therapie: Sitzbäder, Urotropin, Fachinger, Bismuthpulver, Blasenspülung.

Operation: 17. III. 09. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 20 Minuten. Äthernarkose. Fistel für einen Finger bequem durchgängig, etwas l. gelegen genau vor der Portio Vaginalis, so daß man von einer Vesico-vagino-cervicalfistel sprechen kann. Portio zerklüftet, kaum als solche zu erkennen. Uterus liegt, wenn Portio angezogen, retrovertiert, mißt 7 cm. Scheide von Narben durchsetzt. Sehr dürftige, dünne Ränder der Fistel. Methode K.-W. 7 Nähte von dünnem Draht, davon 4 ganz durchgreifend. Kontinenz. Auf die Dammplastik wird verzichtet, da die Sphinkterfunktion da ist, und die Patientin die Operation nicht wünscht. 18. III. Patientin liegt völlig trocken, Befinden gut. 1. IV. Fäden gezogen. Wunde gut geheilt, hält dicht.

8. IV. Entlassungsbefund. Fistel ist gut geheilt. Kontinenz.

Fall 12.

Jahrgang 1909/10. Journal-No. 20. Fräul. A. H. 31 Jahre alt aus Schadenwalde, Kreis Lauban. Aufnahme: 20. III. 09. Entlassung: 14. IV. 09. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 18 Jahren, regelmäßig, letzte Regel vorgestern. Regel war sonst immer ohne Beschwerden. Patientin hat am 12. VII. entbunden. Das Kind lebte 14 Stunden. Im Wochenbett war die Patientin 6 Wochen krank. Patientin fing am 9. I. 09 an zu kreisen, am 10. I. abends wurde, da die Geburt nicht fortging, Arzt geholt, der nur untersuchte; 24 Stunden später, am 11. I. 09 abends wurde ein Zangenversuch gemacht, von dem jedoch Abstand genommen werden mußte. Am 12. I. vormittags, also nach dreimal 24 Stunden kreisen, kam das Kind spontan in Schädellage. Einige Tage nach dem Partus (ca. 3—4) ging der Urin unwillkürlich ab. Seitdem läuft er ständig. Appetit gut. Stuhlgang: o. B. Mäßiger Grad von Kurzatmigkeit.

Status praesens: Uterus nicht vergrößert, anteflektiert, vertiert, mobil. Adnexe: o. B. In dem vorderen Scheidengewölbe, ca. $2^1/_2$—3 cm von der Portio entfernt, befindet sich eine fingerkuppengroße Öffnung, die in die Blase führt. Lungen. Herz: o. B. Basedow. Urin hat geringe Spuren von Eiweiß.

Therapie: Sitzbäder, Urotropin. Bismuthpulver, Fachinger.

Operation: 24. III. 09. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 25 Minuten. Lumbalanästhesie. Fistel für einen Finger durchgängig, etwa 1 cm unterhalb der Portio beginnend. Trotz dieser Entfernung Methode K.-W. gemacht, weil die Verziehbarkeit des Terrains nach unten sehr gering ist wegen außerordentlicher Narbenbildung der Vagina. Es entsteht dadurch eine Verkürzung der vorderen Scheidewand, die nicht ganz gering ist. Nach der Operation liegt Uterus retrovertiert, Portio stark lazeriert. Risse nach rechts und nach hinten. Es wird nur mit durchgreifenden Nähten (5 Drahtnäte) genäht. Breite Anfrischung. Dauerkatheter: 25. III. Patientin gut, liegt vollständig trocken. Temperatur 37,2. 29. III. Dauernd fieberfrei. Keinerlei Beschwerden, trocken. 31. III. Normale Temperatur, keinerlei Beschwerden, trocken.

14. IV. Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert. Adnexe: o. B. Vor der Portio eine strichförmige Narbe. Patientin kann den Urin lange halten. Völlige Kontinenz.

Fall 13.

Jahrgang 1909/10. Journal-No. 86. Frau C. R. 24 Jahre alt aus Freiwaldau. Aufnahme: 10. IV. 09. Entlassung: 10. V. 09. Diagnose: Fistula vesico-cervicalis. Anamnese: Erste Regel mit 16 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen. Letzte Regel Pfingsten 08. Verheiratet seit 3 Jahren. 3 Entbindungen. Davon 2 spontan, 1 — Perforation (9. III. 09). Nach dieser Geburt lag Patientin 14 Tage fest und merkte von 14 Tagen ab, daß Wasser unwillkürlich aus der Scheide abging. Der Arzt schickte sie zur Operation in die Klinik. Stuhlgang, Appetit: o. B.

Status praesens: Kleiner Dammspalt. Ekzem des Scheideneingangs und der Vagina. An Stelle der Portio befindet sich eine für 2 Finger durchgängige Blasenscheidenfistel-Öffnung. Geht man in dieselbe in horizontaler Richtung ein, so gelangt man zur Portio, die ca. 2—3 cm von der Öffnung entfernt liegt. Uterus eleviert, anteflektiert, etwas vergrößert. Adnexe: o. B. Herz, Lungen: o. B. Urin: Kein Zucker, Eiweiß positiv. Blasenepithelien, Leukocyten.

Therapie: Sitzbäder, Fachinger, Bismuthpulver, Urotropin.

Operation: 28. IV. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 20 Minuten. Äthernarkose. Es handelt sich um eine Blasenfistel; die untere Cervixportion fehlt, doch läßt sich bei der Operation der untere Rand der stehengebliebenen Cervix leidlich herunterziehen, ungefähr bis zur Mitte der Vagina. Es läßt sich nachher die Methode K.-W. ausführen. Abtrennung

der hinteren Blasenwand von der Cervix, Spaltung unterhalb der Fistel. Zu sehen ist bei der Operation nichts. Operation ist überhaupt nicht leicht, doch ist überall zur Genüge angefrischt, so daß auf Heilung gerechnet werden kann. 7 Nähte aus feinem Draht. 6. V. Temperatursteigerung. Schmerzen in beiden Nierengegenden. Urotropin, Fachinger, Mixt. Acid. Die Frau liegt trocken. 14. 5. Fäden gezogen, Fistel gut geheilt. Kontinent.

19. V. Entlassungsbefund: Fistel geschlossen, Narbe gut und fest, verläuft quer über die vordere Vaginalwand; direkt hinter ihr in einem Krater die Portio, von der die vordere Muttermundslippe fehlt. Frau ist völlig kontinent.

Fall 14.

Jahrgang 1909/10. Journal-No. 784. Frau B. S. 27 Jahre alt aus Liebau. Aufnahme: 16. II. 10. Entlassung: 11. III. 10. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 18 Jahren, immer regelmäßig 3—4 Tage dauernd o. B. Letzte Regel am 30. Januar 10. Verheiratet seit 1 Jahr. 3 Entbindungen. Letzte vor einem halben Jahr, spontan, dauerte 18 Stunden. Das Kind lebt nicht. Wochenbett o. B. An dem nach der Entbindung folgenden Tage bemerkte Patientin, daß der Urin unwillkürlich abgeht. Schmerzen sind nicht vorhanden. Appetit, Stuhlgang: o. B. Weißlicher Ausfluß. Beim Wasserlassen keine Schmerzen.

Status praesens: Aus der Scheide entleert sich Urin. Uterus normal groß, anteflektiert mobil. Vordere Muttermundslippe stark lazeriert. An der Außenfläche eine Öffnung, aus der bei Füllung der Blase mit Milch ebenfalls Milch herauskommt. Adnexe: o. B. Herz, Lungen: o. B. Urin frei von Zucker und Eiweiß.

Therapie: Sitzbäder, Bismuthpulver, Fachinger.

Operation: 18. II. 10. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 42 Minuten. Äthernarkose. Kleine Fistel für Sonde 5 durchgängig, vor der vorderen Muttermundslippe gelegen. Von der Fistel aus geht eine kleine longitutinale Narbe flach über die vordere Muttermundslippe hinauf in den äußeren Muttermund hinein. Methode K.-W. außerordentlich bequem. 7 Nähte. Von der Umgebung der Fistel wird nichts reseziert. Dauerkatheter.

11. III. 10. Entlassungsbefund: Keine Cystitis. Völlige Kontinenz. Cystoskopisch: Unmittelbar neben und hinter den rechten Ureter eine kleine spaltförmige Einziehung in der Blase, divertikelartig, welche stark vascularisiert ist und ödematös

aufgeworfen. In der Nähe des Spaltes, welcher wahrscheinlich die Fistel darstellt, sind Einzelheiten, wie Scheidenschleimhaut, nicht zu erkennen.

Fall 15.

Jahrgang 1910/11. Journal-No. 227. Frau N. K. aus Neukatscher (Oberschlesien). Aufnahme: 11. V. 10. Entlassung: 7. VII. 10. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 15 Jahren, immer regelmäßig ohne Beschwerden. Letzte Regel Juni 1909. Nach der letzten Entbindung (23. IV. 10) häufiger Drang zum Wasserlassen. Dabei ist das Wasserlassen sehr schwer gewesen. Nach 8 Tagen ein Gefühl von Brennen. Allmählich — Inkontinenz. Stuhlgang regelmäßig, Appetit schlecht. Verheiratet seit 10 Jahren. 6 Entbindungen, fünfmal Zange. Bei der letzten Entbindung Perforation des Kindes. Wochenbett normal. Letzter Partus soll 2 Tage und 2 Nächte gedauert haben. 8 Tage post partum willkürliche Urinentleerung, dann plötzlich Inkontinenz.

Status praesens: Uterus liegt 2 Finger breit über der Symphyse. Muttermund stark lazeriert, für die Fingerkuppe zugängig. Am Ende der vorderen Scheidenwand kommt man in eine für 2 Finger passierbare Öffnung, die in die Blase führt, von der Umgebung hängen weiße nekrotische Membranen, die zum Teil abgestoßen sind, zum Teil noch festhaften. Alter Dammspalt. Ödeme der Labien. Ekzeme der Haut. Herz, Lungen, Urin: o. B.

Therapie: Sitzbäder, Salol, Urotropin, Fachinger.

Operation: 8. 6. 10. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 1 Stunde 4 Min. Äthernarkose. Sehr große Fistel, bis an die Portio herabgehend. Vordere Muttermundslippe fehlt zum Teil. Der Uterus läßt sich nicht herabziehen, mißt 7 cm. Damm: Nur das Frenulum fehlt. Circumcision der Portio hinten herum, jedoch nicht in den Douglas hinein; dennoch wird die Dislocibilität etwas besser. Vorn ist es nicht ganz leicht, die Grenze zwischen Blase und der Cervixschleimhaut zu finden, gelingt aber natürlich. Schwierig ist die Anfrischung in den Ecken, wird aber dadurch, daß der Schnitt auch hinter der Portio entlang geführt wird, erleichtert. Die Anfrischung unterhalb der Fistel ohne Schwierigkeiten, wenigstens über $1^1/_2$ cm breit. 8 Drahtnähte, teils stark, teils fein in die Fistel, 5 Catgutnähte in den Schnitt hinter der Portio. Nach der Operation: Füllung der Blase, läßt etwas Flüssigkeit, besonders in der rechten Ecke der Fistel durchtreten. Da jedoch überall die Nähte dichtliegen, wird keine Veranlassung zur

weiteren Nahtlegung gesehen. Dauerkatheter: 12. VI. Patientin liegt naß. 17. VI. Patientin liegt naß. Durch den Katheter ist nur 300 ccm entleert. 20. VI. Nur noch wenig naß. Temperatur dauernd normal. 24. VI. Fast ganz trocken. 25. VI. Nähte entfernt. Heilung p. p. 28. VI. Dauerkatheter ab. Der Urin wird nur spontan entleert.

7. VII. Entlassungsbefund: Vollständige Kontinenz. Feste Quernarbe in der vorderen Vaginalwand dicht unterhalb der tiefgezogenen Portio.

Fall 16.

Jahrgang 1910/11. Journal-No. 228. Frau G. Ph. 40 Jahre alt aus Landeck. Aufnahme: 26. V. 10. Entlassung: 17. VII. 10. Diagnose: Fistula vesico-cervicalis. Anamnese: Verheiratet seit 14 Jahren. 8 Entbindungen. 5 Entbindungen spontan. Bei der fünften, siebenten und achten Entbindung ärztliche Hilfe. — Zange und Perforation. Wochenbetten krank. Letzte Entbindung am 26. X. 09, letzte Fehlgeburt vor drei Jahren. Erste Regel mit 13 Jahren, immer regelmäßig, manchmal mit Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Letzte Regel vor 8 Tagen. Seit der letzten Entbindung am 26. X. 09 hat Patientin unregelmäßige Blutungen, Inkontinenz der Blase und Schmerzen im Unterleibe und im Kreuz. Stuhlgang angehalten, Appetit gut. Letzter Partus angeblich Steißlage (Extraktion mit Haken). Dauer der Geburt ca. 2 Tage.

Status praesens: Alte Dammnaht; l. von der Columna — große Rectocele. In der vorderen Vaginalwand $1^1/_2$ cm hinter der Urethralmündung eine für einen Finger bequem durchgängige Blasen-Urethra-Scheidenfistel. Uterus descentiert, in Mittelstellung; Portio lazeriert, Erosion beider Lippen. Adnexe: o. B. Herz, Lungen: o. B. Urin: o. B.

Therapie: Urotropin, Sitzbäder, Fachinger.

Operation: 14. VI. 10. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 35 Minuten. Äthernarkose. Das Loch geht in die Urethra hinein, sein vorderer Rand ist 2 cm von der Urethralöffnung. Auf der sichtbaren Schleimhaut ist anzusehen, daß die Urethra an der Fistelbildung mit beteiligt ist. Der obere Teil der Fistel liegt in der Blase. Die Fistel ist für einen Finger durchgängig, die Portio vaginalis schließt unmittelbar an die Fistel an. Es besteht kaum vordere Scheidenwand. Es wäre wünschenswert im Bereich der Urethra eine sagitale Verengerung zu machen, geht aber nicht, da Spannung zu bedeutend ist. Deshalb wird angefrischt im Sinne der Methode

K. - W. Beim Abpräparieren der Portio kommt man bis dicht an das Peritoneum des vorderen Douglas. Anfrischung vorn herum um die Fistel ist schwieriger, wird nicht so ausgiebig, aber immerhin ausgiebig genug gemacht; ausgiebige Lockerung der Blase im Bereich der Fistel. Zwei Catgutnähte durch Schleimhaut um Blasenwand zu nähen, dann sieben feine Drahtnähte, die die Fistel quer verschließen. Auffüllung der Blase mit 130 ccm Wasser von dem ein Teil abläuft. Infrasymphysere Blasendrainage mit geradem Troicart; nachdem dieser plaziert läuft noch beträchtliche Menge Wasser aus der Blase. 23. VI. Heilung ohne Störung. Reichliche Mengen klaren Urins durch den Troicart. 30. VI. Nähte entfernt. Heilung p. p. 3. VII. Troicart entfernt. 5. VII. Liegt vollständig trocken. 8. VII. Beim Gehen läuft etwas Urin ab, jedoch nicht durch die Nähte, sondern durch die Urethra, die nicht kontinent ist.

17. VII. Entlassungsbefund: An der Vorderwand der Vagina dicht unterhalb der Portio eine tiefangezogene Quernarbe. Die Einziehung kommuniziert anscheinend nicht mit der Blase. Die Blase ist kontinent. Urethra nicht kontinent.

Fall 17.

Jahrgang 1910/11. Frau M. P. 35 Jahre alt aus Groß-Steinersdorf, Kreis Namslau. Aufnahme: 28. V. 10. Entlassung: 26. VII. 10. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 16 Jahren, regelmäßig. Seit der letzten Entbindung (28. IV.) noch keine Periode. Verheiratet seit 14 Jahren. 8 Partus, 2 Kinder leben. Nach Angaben des Arztes trat während der Entbindung am 28. IV. 10 eine starke Blutung ein. Die Blutung stand, das Kind war tot. Wendung und Extraktion; danach manuelle Plazentalösung. Dabei kam die Hand in die Bauchhöhle, von wo die Nachgeburt entfernt wurde (Uterusruptur). Wochenbett fieberhaft. Seit dem 4. Wochenbettstage läuft der Urin unwillkürlich ab. Appetit gut, Stuhlgang angehalten.

Status praesens: Ekzem in der Umgebung der äußeren Genitalien. Großer Dammspalt. Narbe links von der Columna. Etwa 5 cm hinter der Urethralmündung kommt man in eine für mehr als einen Finger passierbare Blasenscheidenfistel hinein, in die die vordere Muttermundslippe hineingezogen zu sein scheint. Uterus anteflektiert, wenig vergrößert. Adnexe! wegen starker Bauchdeckenspannung nicht zu tasten. Herz: o. B. Lungen: überall, besonders hinten Rasselgeräusche, ab und zu Giemengeräusche. Urin: Kein Zucker, kein Eiweiß.

Therapie: Fachinger, Urotropin, Salon, Sitzbäder, Blasenspülungen.

Operation: 10. VI. 10. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 25 Minuten. Äthernarkose. Bei der Untersuchung vor der geplanten Operation reißt die hintere Scheidewand quer und links außerordentlich ein. Bei weiteren Inspektionen sieht man auch an anderen Stellen einige, wenn auch kleinere Risse; auch die angefaßte Portio reißt ohne weiteres ein. Unter diesen Umständen ist zurzeit eine Operation noch nicht zuverlässig. Es wird Notverschluß der Wunden gemacht und die Fisteloperation auf 8—14 Tage verschoben.

Operation: 6. VII. 10. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 55 Minuten. Äthernarkose. Äußerst schwierige Fistel; dieselbe ist vom Cervixkanal nur durch eine ganz schmale Brücke getrennt, die nicht im Niveau der hinteren Muttermundslippe, sondern $^1/_2$—1 cm oberhalb dieser liegt. Morsches Gewebe, welches wie Zunder zerreißt und zwar so, daß das ganze hintere Scheidengewölbe breit aufreißt. Ziemlich große, sehr störende Blutung. Immerhin gelingts, die Fistel soweit zugängig zu machen, daß man den vorderen Bogen sehr bequem, den hinteren leidlich gut schneiden kann. Anfrischung breit. 6 feine Drahtnähte. Auffallenderweise Kontinenz. Blase rein gespült, dann Stoeckel. Es bestehen einige Schwierigkeiten, die Blase zu finden. An die Douglaswunde 3 lange Klemmen. Ins Peritoneum — ein kurzer Streifen, unbefriedigende Operation. 9. VII. Normale Temperatur. Keine Beschwerden. 15. VII. Wohlbefinden. Unterlage fast trocken. 22. VII. Fäden gezogen, Heilung p. p. Dauerkatheter ab.

26. VII. Entlassungsbefund: Feste Narbe. Kontinent.

Am 15. VIII. 10 kam die Frau M. P., welche am 26. VII. geheilt und völlig kontinent entlassen wurde, wieder in die Klinik. Zirka 8 Tage nach der Entlassung bemerkte Patientin, daß früh das Bettuch naß war. Der konsultierte Arzt sandte sie wieder in die Klinik in der Annahme, daß die Fistelnaht an einer Stelle wieder aufgegangen sei. Wenn Patientin häufig Urin läßt, geht kein Urin durch die Vagina ab. ca. 200 ccm kann sie halten.

Operation: 18. VIII. Es besteht eine kleine Fistel, die Sonde 3 passieren läßt und genau median vor dem Muttermund liegt, durch Metallkontakt als solche erwiesen. Die Blase ist für ca. 200 ccm Urin kontinent. Narkose: Zwischen der Fistel bezw. der Blase an dieser Stelle und der vorderen Cervixwand besteht nur eine äußerst dünne Gewebsschicht, so

daß, als dann typischer Schnitt gemacht wird, dieser in den Cervixkanal zum Teil hineingeht. An dieser Stelle wird nach oben zu die Blasenwand von der Cervix auf ca. 1 cm scharf abgetrennt und die Fistel mit vier feinen Drahtnähten geschlossen. Eine von den Nähten, die zweite von der linken Seite aus, wird rücksichtslos weit durch den Cervixkanal geführt und auf der hinteren Muttermundslippe ausgestochen, damit um so sicherer die erforderliche Gewebsnäherung erzielt wird. Stoeckel. Verlauf: Dauernd trocken. 2. IX. Stoeckel entfernt.

3. IX. Entlassungsbefund: Trocken, vollständig kontinent.

Fall 18.

Jahrgang 1910/11. Frau H. J. 34 Jahre alt aus Kotzibau. Aufnahme: 25. VI. Entlassung: 21. VII. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Anamnese: Erste Regel mit 15 Jahren, regelmäßig, seit der letzten Entbindung noch keine Regel. Verheiratet seit 14 Jahren. 10 Partus — 9 spontan. 7 Kinder leben. Beim letzten Partus (24. IV. 10) nach fast zweitägigem Kreisen — Perforation des abgestorbenen Kindes. Bald nach der Entbindung ist Urin unwillkürlich abgegangen. Etwas Urin will die Patientin halten können. Appetit, Stuhlgang: o. B.

Status praesens: Schlaffe Dammnarbe links. In der vorderen Vaginalwand fühlt und sieht man links von der Portio eine enge Fistel. Uterus: Anteflektiert, normal groß. Adnexe: o. B. Pulmones; Cor. — o. B. Urin: kein Alb., kein Sacch.

Operation: 6. VII. 10. Operateur: Geheimrat Küstner. Dauer: 20 Minuten. Äthernarkose. Kleine spaltförmige Fistel, links von der Portio vaginalis. Anfrischung nach der Methode K.-W. Einfache Operation. Bequeme Verhältnisse. Das Gewebe ist sehr zerreißlich. 5 Drahtnähte. Nach der Operation Stoeckel mit geradem Troicart. 10. VII. Unterlage vollständig trocken. Wohlbefinden. 20. VII. Fäden gezogen. Heilung p. p. Dauerkatheter ab.

21. VII. Entlassungsbefund: Links von der Portio vaginalis eine feste Narbe. Vollständige Kontinenz.

Dies die 18 Krankengeschichten. Der besseren Übersicht wegen habe ich dieselben, nach den Hauptgesichtspunkten geordnet, in folgende Tabelle gebracht.

Nummer	Alter der Pat. (Jahre)	Ursache der Verletzung	Diagnose	Dimension der Fistel	Wann bemerkte die Patientin die Fistel
1.	22	2. Geburt. 2 Tage, spontan.	Fistula vesico-vaginalis.	Für 1 Finger durchgängig.	14 Tage post partum.
2.	24	2. Geburt. 3 Tage, spontan.	Fistula vesico-vaginal. permagna.	Für Sonde von 7 mm durchgängig.	Sofort post partum
3.	30	4. Geburt. 2 Tage, spontan.	Fistula vesico-vaginalis.	3 mm.	8 Tage post partum.
4.	21	1. Geburt. $1^1/_2$ Tage. Perforat. Extraktion.	Fistula vesico-cervicalis.	?	Sofort post partum.
5.	20	1. Geburt. 3 Tage, spontan.	Fistula vesico-vaginalis	Für Sonde 4 durchgängig.	14 Tage post partum.
6.	37	9. Geburt. 2 Tage. Totes Kind.	Fistula vesico-vaginal. permagna.	Für 2 Finger durchgängig.	Gleich post partum.
7.	34	6. Geburt. 12 Stunden, Wendung.	Fistula vesico-vaginalis.	Für die Fingerkuppe des kleinen Fingers durchgängig.	5 Tage post partum.
8.	46	13. Geburt. Spontan.	Fistula vesico-vaginalis.	$2^1/_2$ cm Durchmesser.	Gleich nach der Geburt.
9.	47	11. Partus. Spontan.	Fistula vesico-vaginalis.	Für Sonde 2 durchgängig.	Gleich nach der Geburt.
10.	19	2. Geburt. 5 Tage. Perforation.	Fistula vesico-cervicalis.	Für Sonde 4 durchgängig.	Gleich nach der Geburt.
11.	40	10. Geburt. 3 Tage, spontan.	Fistula vesico-vaginalis.	Für 1 Finger bequem durchgängig.	Gleich nach der Geburt.
12.	31	1. Geburt. 3 Tage, spontan.	Fistula vesico-vaginalis.	Für Fingerkuppe durchgängig.	4 Tage nach der Geburt.
13.	24	3. Geburt. Perforation.	Fistula vesico-cervicalis.	Für 2 Finger durchgängig.	14 Tage nach der Geburt.
14.	27	3. Geburt. 18 Stunden, spontan.	Fistula vesico-vaginalis.	Für Sonde 5 durchgängig.	1 Tag post partum.
15.	?	4. Geburt. 2 Tage, Zange.	Fistula vesico-vaginalis.	Für 2 Finger durchgängig.	10 Tage post partum.
16.	40	8. Geburt. Steißlage. Extraktion mit Haken. Dauer: 2 Tage.	Fistula vesico-cervicalis. (Ureter beteiligt.)	Für 1 Finger durchgängig.	Gleich nach der Geburt.
17.	35	8. Geburt. Extraktion, manuale Plazentalösung.	Fistula vesico-vaginalis.	Für mehr als 1 Finger durchgängig.	4 Tage post partum.
18.	34	10. Geburt. 2 Tage. Perforation.	Fistula vesico-vaginalis.	Kleine Fistel.	Bald nach der Geburt.

Wie lange vor der Operation in der Klinik	Operationsmethode	Dauer der Operation	Dauer der Heilung	Entlassungsbefund und event. späterer Befund
13 Tage.	Küstner-Wolkowitsch	20 Min.	18 Tage.	Heilung p. p. Kontinenz.
1. 4 Tage. 2. 73 „	1. K.-W. 2. „	1. 1 Std. 2. 35 Min.	29 Tage.	Heilung p. p. Kontinenz.
3 Tage.	K.-W.	30 Min.	19 Tage.	Der Fistelöffnung entsprechend eine 1—1½ cm lange Narbe. Kontinenz. Heilung p. p.
4 Tage.	K.-W.	20 Min.	26 Tage.	Fistel geschlossen. Kontinenz.
4 Tage.	K.-W.	20 Min.	19 Tage.	Heilung p. p. Kontinenz. Befund nach 2¼ Jahr: Cystoskopisch: Neben d. r. Ureter eine kleine Narbe. Kontinenz.
5 Tage.	K.-W.	½ Stunde.	19 Tage.	Uterus retrovertiert. Heilung p. p. Kontinenz.
10 Tage.	K.-W.	20 Min.	33 Tage.	An der vorderen Vaginalwand eine vor der Portio 1—1½ cm lange Narbe. Kontinenz.
9 Tage.	K.-W.	20 Min.	20 Tage.	Uterus retroflektiert, kleine im vorderen Scheidengewölbe querverlauf. feste Narbe. Kontinenz.
4 Tage.	K.-W.	25 Min.	18 Tage.	Etwa 3 cm lange, feste Narbe im vorderen Scheidengewölbe. Cervix an der Narbe adhärent. Kontinenz.
11 Tage.	K.-W.	15 Min.	17 Tage.	Heilung p. p. Kontinenz.
7 Tage.	K.-W.	20 Min.	22 Tage.	Fistel ist gut geheilt. Kontinenz.
4 Tage.	K.-W.	25 Min.	20 Tage.	Uterus anteflektiert. Heilung p. p. Völlige Kontinenz.
18 Tage.	K.-W.	20 Min.	21 Tage.	Fistel geschlossen, Narbe gut und fest. Kontinenz.
3 Tage.	K.-W.	42 Min.	15 Tage.	Cystoskop.: neben und hinter dem r. Ureter eine kleine spaltförmige Einziehung. Kontinenz.
27 Tage.	K.-W.	1 Stunde 4 Min.	29 Tage.	Feste Narbe in der vorderen Vaginalwand, dicht unterhalb der Portio. Kontinenz.
18 Tage.	K.-W.	35 Min.	33 Tage.	An der Vorderwand der Vagina dicht unterhalb der Portio eine tief angezogene Quernarbe. Kontinenz.
1. 8 Tage. 2. 24 „ 3. 4 „	1. K.-W. 2. „ 3. „	1. 25 Min. 2. 55 „ 3. ?	1. 20 Tage. 2. 15 „	1. Feste Narbe. Kontinenz 2. Völlige Kontinenz.
11 Tage.	K.-W.	20 Min.	15 Tage.	Links von der Portio vaginalis eine feste Narbe. Vollständ. Kontinenz.

Das Material an Blasen-Genitalfisteln ist an der hiesigen Universitäts-Frauenklinik ein verhältnismäßig hohes; das Hauptkontingent stellen Frauen vom Lande, aus Oberschlesien und Russisch-Polen; dort ist das Auftreten derartiger Fisteln aus den unten angeführten Gründen noch ein relativ häufiges, somit sind hier im Osten mehr Fisteln zu beobachten, als in Westdeutschland. Fritsch z. B. hat in 10 Jahren in Breslau über 200 Fisteln operiert. Küstner in den ersten 7 Jahren seiner Breslauer Tätigkeit auch über 100.

Warum die Fisteln hauptsächlich bei Frauen vom Lande vorkommen, ist leicht erklärlich: Sie entstehen fast ausnahmslos bei einer übermäßig lange dauernden Geburt, wo der im Becken stehende Kopf des Kindes, die Weichteile und die Blasenwand an die Symphyse drückt und dadurch eine Drucknekrose der Blasenwand bedingt.

Oft dauern am Lande, wo Ärzte und Hebammen noch schwer zu erreichen sind, oder die Geburt nur von unsachverständigen Frauen geleitet wird, Geburten tagelang, und die Folge davon ist, zumal wenn sich noch andere schädigende Momente dazugesellen, z. B. enges Becken, daß einige Tage nach der Geburt oder gleich post partum, die Frauen bemerken, daß der Urin unwillkürlich abläuft.

Wenn die Blase bei der Geburt direkt zerrissen wird, so läuft der Urin natürlich sofort ab; wird aber eine Stelle der Blasenwand gequetscht, dann vergehen einige Tage nach der Geburt, bis die gequetschte Partie dem gangränösen Zerfall anheimgefallen ist und eine Kommunikation zwischen Blase und Scheide bezw. zwischen Blase und Cervix entstanden ist.

Die Lösung der Gangrän wird noch durch den Innendruck der Blase beschleunigt, wenn der Urin nicht spontan oder durch Katheter regelmäßig entleert wird.

Von unseren 18 Fällen haben 6 Frauen bemerkt, daß der Urin gleich nach der Geburt unwillkürlich ablief, die anderen 12 Frauen haben angegeben, daß die Fistelsymptome 6—14 Tage nach der Geburt auftraten.

Die Größe der Fistel ist verschieden; so waren Fisteln, die für die kleineren Sonden kaum passierbar waren, bis zu einer Größe, die 2 Finger passieren ließ.

Auch diese 18 Fälle wurden nach der hier üblichen Küstner-Wolkowitschen Operationsmethode d. h. durch plastische Verwendung der vorderen Cervixwand nach Umschneidung, Mobilisierung und Anfrischung der Fistel zur Deckung des Blasendefektes operiert, und zwar alle mit gutem Erfolg.

Küstner schildert seine Operationsmethode folgendermaßen: „Man zieht die Portio mit Hakenzangen nach unten oder fixiert sie wenigstens mit einer solchen, wenn Narbenbildung in der Vagina eine Dislokation nicht gestattet, und führt hart vor derselben einen Querschnitt, als wenn man eine vaginale Totalexstirpation oder eine vordere Kolpotomie machen wollte; von den Enden dieses Schnittes aus führt man einen zweiten Schnitt um die Fistel herum. Jetzt beginnt man von dem ersten Schnitt die cervicale Partie des Uterus in beträchtlicher Ausdehnung abzulösen, doch nicht so weit, daß man vordere Plica Peritonei eröffnet; alsdann vertieft und verbreitet man durch Gewebsspaltung, natürlich ohne die Blasenwand zu perforieren, den zweiten Schnitt so, daß zum mindesten eine 1 cm breite Wunde entsteht, darauf näht man die großen Wundflächen aufeinander.“

Wenn die Operation mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist, macht Küstner folgende Hilfsoperationen:

1. Die in der Scheide befindlichen Narben werden durchschnitten.
2. Falls die Portio nach Durchschneidung der Narben und Ablösung von der Blase nicht genügend heruntergezogen werden kann, — vollständige Zirkumzision derselben, eventuell mit Eröffnung des hinteren Douglas (Fall 4).
3. Schuchattscher Hilfsschnitt, um das Operationsterrain klar zu legen.

Nach der Aufnahme der Patientinnen in die Klinik vergehen bis zur Operation einige Tage bis 2—3 Wochen; dies ist nur abhängig von dem Zustande, in welchem die Frauen die Klinik aufsuchen. Im allgemeinen genügen 10 Tage, um die Frauen operationsfähig zu machen.

Die Patientinnen bekommen innerlich Utropin, Salon, trinken Fachingerwasser, nehmen Sitzbäder und Scheidenspülungen; bei bestehender Cystitis wird die Blase mit Borwasser gespült. Auch das event. bestehende Ekzem wird vor der Operation nach den üblichen Behandlungsmethoden zur Heilung gebracht.

Die Narkose wird fast immer mit Äther ausgeführt. Bei 2 von unseren 18 Fällen wurde die Operation unter Lumbalanästesie vorgenommen.

Bei tiefem Durchgreifen der Nähte ist oft nur eine Schicht von Nähten nötig, weil die Ränder der Fistel nach Anfrischung sich sehr nah aneinanderlegen. Dies ist das auffallendste bei der K.-W.-Methode.

Küstner macht fast nie eine isolierte Blasenwandnaht und hält es für unnötig, weil er schon sogar bei sehr großen Fisteln die besten Resultate der Operation hatte, ohne die Blase genäht zu haben.

Thomson, der auch einige Fisteln nach dieser Methode operiert hat, machte stets die isolierte Blasenwandnaht. Er glaubt, dies sichere noch mehr die Heilung und schließe spätere Komplikationen von seiten der Blase aus.

Rothe hält die isolierte Blasenwandnaht für unwesentlich.

Die isolierte Blasenwandnaht bringt zudem eine Gefahr mit, die man nicht unterschätzen soll, es ist dies, daß man bei der Naht einen oder sogar beide Ureteren umschnüren kann. Pawlik hat zwar vorgeschlagen, insbesondere bei übermäßig großen Fisteln, die Ureteren von der Urethra aus mit elastischen Sonden zu sondieren und diese während der Operation liegen zu lassen, um den Operateur von den unangenehmen Folgen der Ureteren-Umschnürung zu schützen, indessen kann man bei der K.-W.-Methode auf diesen umständlichen Weg gut verzichten, weil, nach unseren Er-

fahrungen, die isolierte Blasenwandnaht fast immer unnötig ist. Überhaupt ist bei diesem Verfahren der Ureter in keiner Weise bedroht, denn die Blasenwand wird nur stumpf abpräpariert.

Als Nahtmaterial benützt Küstner feinen oder selten einmal gröberen Aluminiumbronzedraht.

Andere Autoren, wie z. B. Marion Sins, Neugebauer und andere nähen mit Silberdraht.

Es gibt Operateure, die mit Seide und Silkworemgut nähen, doch hatte Küstner noch nie Gelegenheit, mit seinem Nähmaterial unzufrieden zu sein.

Fritsch sieht den Nachteil des Drahtes als Nähmaterial darin, daß der Draht sich nicht so gut an das Nadelöhr anschmiegt, als dies bei anderem weichen Material der Fall ist und beim Durchziehen der Nadel größere Löcher im Gewebe macht; wenn man aber die Tatsache berücksichtigt, daß Küstner in dem äußerst dürftigen und zerreißlichen Gewebe durch Drahtnähte gute Heilerfolge konstatieren konnte (Fall 6, Fall 18), so wird man wohl bei diesem Nähmaterial auch weiter bleiben und die Vorzüge des Drahtes anerkennen müssen, weil nur dies das Material ist, welches der Infektion der Stichkanäle keine Eingangspforte bietet.

Die Drahtnähte kann man auch längere Zeit in der Wunde liegen lassen und dadurch ruhig abwarten, bis die Wundränder fest verwachsen, nicht wie es bei Seide der Fall ist, daß man durch die Eiterung der Stichkanäle die Nähte zeitiger entfernen muß und die Patientin der Gefahr aussetzt, daß die Wundränder durch einen unvorhergesehenen Umstand auseinandergehen.

Im allgemeinen entfernt Küstner seine Nähte nicht früher als 14 Tage nach der Operation, schneidet wirklich die eine oder andere Naht durch und es entsteht dadurch wieder ein Fistelchen, so schließt sich das nachher ohne Therapie sicher.

Das Schicksal der Wunde nach der Operation ist selbstverständlich zum großen Teil abhängig von der Spannung

und von dem Zustande der Blase. Auf diese 2 Momente möchte ich etwas näher eingehen.

Die Spannung der Blase steht im direkten Verhältnis zum Füllungsgrade derselben und deshalb muß unbedingt gesorgt werden, daß die Blase nach der Operation 10 bis 14 Tage leer bleibt.

Wolkowitsch führt zur Erzielung der permanenten Blasenleere einen hohen Steinschnitt aus.

Küstner legt in die Blase nach der Operation einen Dauerkatheter aus Glas, der dann 10—14 Tage in der Blase liegen bleibt. Der Katheter wird mit Heftpflasterstreifen an der Mons Veneris oder an den beiden Oberschenkeln der Frau befestigt und endet mit einem Gummischlauch, der den Urin in ein Glasgefäß ableitet.

Empfehlenswert ist auch der Skenesche Pferdefuß aus Glas.

Stoeckel hat für die Fälle, wo die Fistel bis zur Urethra herabreicht, oder die Urethra beteiligt, folgende Methode angegeben: Man lege den Verweilkatheter in die Blase nicht durch die Urethra, sondern durch eine, zwischen Urethra und Symphyse künstlich gemachte Fistel. Küstner hat diese Methode vereinfacht, indem er ein Troicart dazu gebraucht, dessen Kanüle als Dauerkatheter liegen bleibt. Stoeckel hat dann einen speziell dazu geeigneten Troicart angegeben. (Fall 16, 17, 18).

Der Zustand der Blasenschleimhaut muß den Operateur vor der Operation beschäftigen. Küstner operiert eine Fistel nie, bevor er überzeugt ist, daß die akute Cystitis, die bei den Blasen-Genitalfisteln fast immer besteht, abgeklungen ist; deshalb werden die Frauen vor der Operation mit Urotropin behandelt und bekommen Blasenspülungen mit Borwasser, erst dann ist für das ungestörte Verweilen des Dauerkatheters garantiert, der sonst leicht durch cystitische Absonderungen verstopft werden könnte. Wenn der Dauerkatheter richtig in der Blase liegt, so wird er wohl kaum die Blasenwand oder die Blasenschleimhaut lädieren können. Die Patientinnen trinken nach der Operation wieder Fachingerwasser, um die Blase ordentlich durchzuspülen.

Betrachten wir nun die Dauererfolge, welche mit der Küstner-Wolkowitschschen Operationsmethode erzielt worden sind:

Die von Rothe und Kummer nachuntersuchten Fälle haben alle ihre vollständige Kontinenz behalten, sie haben auch keine Beschwerden beim Wasserlassen oder bei der Cohabitation und sind völlig arbeitsfähig.

Die von mir oben angeführten Fälle habe ich zwar alle zur Nachuntersuchung bestellt, konnte aber leider nur einen cystoskopieren, es war der Fall 5.

Cystoskopischer Befund: Normaler Blasenbefund. Ureteren an normaler Stelle. Neben dem rechten Ureter eine geringe, divertikelartige Ausbuchtung des Blasenlumens, welche eine fast stichförmige, teilweise schwarzpigmentierte und durch das Pigment kenntliche Narbe enthält. Bimanuell feste lineäre Narbe im vorderen Scheidengewölbe. Die Frau ist völlig kontinent, hat keine Beschwerden beim Wasserlassen und ist vollständig arbeitsfähig.

Die anderen Frauen haben fast alle geschrieben, daß es ihnen gut geht, sie können ungestört ihrem Berufe folgen, sind kontinent und können das Wasser längere Zeit halten.

Wir wollen uns nun jetzt mit der Lage des Uterus nach der Operation beschäftigen.

Es ist begreiflich, daß der Uterus nach der Operation nicht in der normalen Stellung bleibt, sondern etwas tiefer tritt. Je größer die Fistel, je mehr Cervixpartie zur Deckung des Defektes nötig ist, desto tiefer muß der Uterus nach der Operation stehen und auf die normale Lage, d. h. auf die normale Anteflexio-versio verzichten. Die Blase ist nun nicht mehr unter, sondern vor den Uterus gelagert und der Uterus kann leicht in die Retro-versio gebracht werden; daß dies doch nicht so leicht geschieht, lehren uns nachstehende Beobachtungen:

Küstner hat in der Gynäkologischen Gesellschaft in Breslau am 28. Mai 1907 von folgendem Fall berichtet: Frau C. K. aus Rußland, bei der am 16. November 1903

die Fisteloperation nach unserer Methode gemacht wurde, suchte in schwangerem Zustande die Klinik auf. Am 12. Mai 1907 wurde bei dieser Frau die klassische Sectio caesaria gemacht. Das Kind lebte und die Rekonvaleszenz war vollkommen glatt.

Hannes hat Frauen untersucht, bei denen die Fisteloperationen nach der K.-W.-Methode gemacht wurden und fand nur bei dreien eine Retro-Versio-Flexio, davon, wie festgestellt ist, hatten 2 dieses Leiden schon vor der Operation.

Rothe hatte Gelegenheit, drei Frauen nachzuuntersuchen, von denen eine im achten Monat der Schwangerschaft war, die Portio stand noch etwas tief und vorne, doch waren die Abweichungen von normalen Verhältnissen keine derartigen, daß größere Schwierigkeiten bei der Geburt zu erwarten gewesen wären.

Kummer hat von einem Fall berichtet, wo die Frau $1^1/_2$ Jahre nach der Operation ein Kind geboren hat, welches noch 7 Monate lebte, die Geburt erfolgte ohne Schwierigkeiten, es bestand nachher auch völlige Kontinenz. Der Uterus stand bei dieser Frau anteflektiert, an der Portio war eine glatte Narbe bemerkbar.

Am 2. Juli v. J. wurde in der Küstnerschen Klinik die Frau E. B. aus Randau, III. para, von einem lebenden, ausgetragenen Kinde spontan entbunden. Sie war am 15. VI. 07 in dieser Klinik nach der K.-W.-Methode wegen einer Blasen-Scheidenfistel operiert worden und wurde seinerzeit vollständig geheilt entlassen. Eine Schwierigkeit oder Komplikation bei der Geburt trat nicht ein, das Wochenbett verlief normal. Zur Schonung der Operationsnarbe wurde post partum ein Dauerkatheter eingelegt. Die Frau verließ am 14. VII. v. J. die Klinik wiederum vollständig kontinent.

Daraus ist zu ersehen, daß die Küstner-Wolkowitschsche Operationsmethode eine Operation ist, durch die annähernd normale Verhältnisse geschaffen werden und die Möglichkeit

der Cohabitation, Konzeption und Gebärfähigkeit erhalten bleibt; dies ist sehr wichtig, weil man sehr oft Fisteln bei jungen Frauen operieren muß, denen man den späteren Geschlechtsverkehr nicht unmöglich machen möchte; was z. B. bei der Freundschen Methode ausgeschlossen ist.

Hannes hat Nachuntersuchungen von Fisteloperationen nach der K.-W.-Methode auf der 79. Versammlung deutscher Ärzte und Naturforscher in Dresden 1907 bekanntgegeben; er hat 31 Frauen cystoskopiert und fand: „stets mehr oder weniger breite, flächenhafte, oder strahlenförmige, intensiv weiß glänzende Narben in der Blasenschleimhaut, welche durchaus den Eindruck machten, daß sich die Continuität in der Blasenwand wieder hergestellt hatte durch Granulationsheilung und keineswegs durch prima intentio."

Ich möchte noch auf das Instumentarium, welches Küstner zu Fisteloperationen braucht, eingehen: Die Scheide wird mit kleineren oder größeren Scheidenhaken von den Assistenten auseinandergehalten. Die Scheidenhaken haben verschiedene Größe und Krümmung je nach Bedarf und sind mit dem von Küstner angegebenen Säbelgriff versehen. Die Portio wird mit Hakenzangen gefaßt und heruntergezogen. Die Schnitte werden mit schmalen, sehr scharfen, spitzen und geraden Scalpelen, die einen langen Griff haben, gemacht. Küstner benützt den Hegarschen oder Kaderschen Nadelhalter und näht mit stark gekrümmten ziemlich großen Nadeln.

Auf das Nähmaterial habe ich schon hingewiesen.

Zum Schluß möchte ich noch alles bis jetzt Gesagte kurz zusammenfaßen.

Eine Operationsmethode, die solch ein ernstes Leiden, wie dies die Blasen-Genitalfisteln sind, zur vollständigen Heilung bringt, eine Methode, die wirklich gute Resultate insbesondere gute Dauerresultate mit einer Restitutio ad integrum garantiert, so daß die Frauen ihre Arbeit ebensogut wie zuvor machen können und dabei von ihrem ehelichen Leben und von der Möglichkeit, Mutter zu werden,

nicht ausgeschlossen bleiben, ist und bleibt die einzige und die beste auf diesem Gebiete.

Wenn wir alle bis jetzt beschriebenen Fälle zusammennehmen, so sind es 49 Frauen, die dieser Methode zu verdanken haben, daß sie von ihren qualvollen Leiden für immer befreit worden sind.

Wenn wir nochmals die Mannigfaltigkeit der in Frage kommenden Momente die individuellen Verhältnisse, die verschiedenen Größen der Fistel und andere die Operation erschwerenden Umstände berücksichtigen, so muß man sagen, daß diese Operationsmethode immer das geleistet hat, was man von ihr erwartete; d. h. sie hat stets die besten Dauerresultate gezeitigt.

Wie ich schon am Anfang dieser Arbeit sagte, existieren eine Unmenge von verschiedenen Operationsversuchen, um die Blasen-Genitalfisteln zu schließen; alle diese hier zu beschreiben würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen; auf einige der wichtigsten möchte ich aber doch noch eingehen.

W. A. Freund publizierte im Jahre 1895 zwei Fälle von Blasen-Genitalfisteln, die er folgendermaßen operierte: „Eröffnung des hinteren Douglas, der Uterus wird in die Vagina heruntergezogen und dessen hintere Wand in die Fistel eingenäht, im Fundus wird ein Loch gemacht, durch das die Frau menstruiert. Die Portio wird geschlossen.

Trenndelenburg macht die Sectio alta und näht die Fistel vom Inneren der Blase aus.

Üblich war auch früher bei Blasen-Genitalfisteln die Kolpokleisis. Diese Operation charakterisiert Fritsch mit Recht folgendermaßen: „Eine gelungene Kolpokleisis ist eine unverantwortliche Schädigung der Patientin, eigentlich ein fahrlässiger Mord.“ Und trotzdem haben die Patientinnen die Folgen dieser Operation leichter ertragen können, als die bestehende Blasen-Genitalfistel.

Hier erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Küstner, für die gütige Anregung zu dieser Arbeit, wie auch dem Herrn Privatdozenten, Oberarzt Prof. Dr. Hannes, für die liebenswürdige Unterstützung bei derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Freund, W. A., Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 10, S. 511.

Fritsch, Die Harnfisteln. Veitsches Handbuch der Gynäkologie. Bd. 2.

Hannes, Cystoskopische Befunde bei operativ geheilten Blasen-Genitalfisteln. Zentralblatt f. Gynäkologie. 1907, No. 44.

Kahn, Noch 2 Fälle von Vesico-Vaginalfisteln, operiert nach W. A. Freund. Zentralblatt f. Gynäkologie. Bd. 23, S. 198.

Kroner, Über die Beziehung der Urinfisteln zu den Geschlechtsfunktionen des Weibes. Archiv f. Gynäkologie. Bd. 19, S. 140.

Küstner, Lehrbuch der Gynäkologie. 3. Auflage, S. 393.

— Die plastische Verwendung der Portio supra-vaginalis zum Verschluß von Blasen-Genitalfisteln. Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 48, S. 453.

Kummer, Die Operation der Blasen-Genitalfisteln nach Küstner-Wolkowitsch. Dissertation der Breslauer Kgl. Universitäts-Frauen-Klinik.

Maiß, Heilung einer Blasen-Scheidenfistel durch die Sectio alta. Zentralblatt für Gynäkologie. Bd. 23, S. 1071.

Romm, Die Blasen-Scheidenfistel, operiert nach dem neuen Verfahren von W. A. Freund. Zentralblatt f. Gynäkologie. Bd. 23, S. 193.

Rothe, Der Verschluß komplizierter Blasen-Genitalfisteln nach Küstner. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 23, S. 790.

Stoeckel, Weitsches Handbuch der Gynäkologie. Bd. 2.

Spassokonkozky, Eine neue Methode Vesico-Vaginal-Fisteln zu nähen. Zentralblatt f. Gynäkologie. Bd. 24, S. 60.

Trenndelenburg, Über Blasen-Scheidenfistel-Operation und über Beckenhochlagerung bei der Operation in der Bauchhöhle. Sammlung der klinischen Vorträge. 1890, No. 355.

Thomson, Der plastische Verschluß von Blasen-Genitalfisteln vermittels der Cervix uteri. Zentralblatt f. Gynäkologie. S. 1498.

Witzel, Autocystoplastik und Kolpocystoplastik bei großen Defekten der Blasenscheidewand. Zentralblatt f. Gynäkologie. Bd. 24, S. 1337.

Wolkowitsch, Eine plastische Methode, schwer operable vesico-vaginale Fisteln durch den Uterus zu verschließen. Zentralblatt f. Gynäkologie. Bd. 24, S. 1193.

— Eine Methode zur Wiederherstellung der weiblichen Harnröhre mit gleichzeitiger Beseitigung einer Blasen-Scheidenfistel. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 20, Heft 6.

Lebenslauf.

Ich, Lew Dicker, Sohn des Gutsbesitzers Dicker in Kamenetzpodolsky (Rußland), russischer Staatsangehöriger, bin in Chotin (Kreis Bessarabien) am 28. November 1880 geboren, mosaischer Konfession. Juni 1902 absolvierte ich das Gymnasium zu Kamenetzpodolsky. Vom 1. September 1902 bis 1. September 1903 genügte ich meiner Militärpflicht beim 74. Regiment zu Kamenetzpodolsky. Oktober 1903 wurde ich an der Großherzoglich Technischen Hochschule zu Darmstadt immatrikuliert und verblieb daselbst bis August 1905.

Im Mai 1906 wurde ich an der hiesigen Universität als Studierender der Medizin immatrikuliert, wo ich 10 Semester studierte. Ich besuchte die Kollegia von folgenden Herren Professoren und Privatdozenten:

Allard, Bittorf, Bonhoeffer, Coenen, Czerny, Danielsen, Filehne, Flügge, Groenouw, Hannes, Hasse, Hinsberg, Hürthle, Jensen, Klaatsch, Kükenthal, Küstner, Küttner, Ladenburg, Lenz, Ludloff, Minkowsky, Müller, Neisser, Ponfick, R. Pfeiffer, Röhmann, Schäffer, Stern †, Strecker, v. Strümpell, Triepel, Uhthoff, Wetzel, Ziegler, Zieler.

Allen meinen hochverehrten Herren Lehrern spreche ich hiermit meinen tiefgefühlten Dank aus.